

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

124
VO

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

MICHEL-IRÉNÉE-GEORGES MEAUME

né à Aubusson (Creuse), le 11 Mars 1899

CORPS ÉTRANGERS
DU DUODÉNUM
chez l'enfant

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

SOCIÉTÉ MODERNE D'IMPRESSION ET D'ÉDITION

44, Rue de Lisbonne, 44

1925

191

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

MICHEL-IRÉNÉE-GEORGES MEAUME

né à Aubusson (Creuse), le 11 Mars 1899

CORPS ÉTRANGERS
DU DUODÉNUM
chez l'enfant

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

SOCIÉTÉ MODERNE D'IMPRESSION ET D'ÉDITION

44, Rue de Lisbonne, 44

—
1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

Professeurs :

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et chimie générale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
— chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance

Clinique des maladies des enfants

— mentales et des maladies de l'encéphale

— cutanées et syphilitiques

— du système nerveux

— infectieuses

— chirurgicale

— urologique

— d'accouchements

— gynécologique

— thérapeutique médicale

— oto-rhino-laryngologique

— thérapeutique chirurgicale

— propédeutique

MM.

NICOLAS
CUNÉO
Ch. RICHET
ANDRÉ BROCA
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBÉ
SICARD
LECÈNE
LETULLE
PRENANT
RICHAUD
CARNOT
LÉON BERNARD
BALTHAZARD
MÉNÉTRIÉR
ROGER
GILBERT
CHAUFFARD
ACHARD
WIDAL
MARFAN
NOBÉCOURT
CLAUDE
JEANSELME
GUILLAIN
TEISSIER
DELBET
HARTMANN
LEJARS
GOSSET
LEGUEU
COUVELAIRE
BRINDEAU
JEANNIN
JEAN-LOUIS FAURE
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL
SERGENT

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	CHAMPY	JOYEUX	MOURE
ALGLAVE	CHIRAY	HENRI LABBÉ	MULON
AUBERTIN	CLERC	LARDENNOIS	PHILIBERT
BASSET	DEBRÉ	LE LORIER	RIBIERRE
BAUDOIN	I. DE JONG	LEMAITRE	RICHET Fils
BINET	DUVOIR	LEMIERRE	ROUVIÈRE
BLANCHETIÈRE	ECALLE	LÉVY-SOLAL	TANON
BRANCA	FISSINGER	LHERMITTE	TIFFENEAU
BRULÉ	FOIX	LIAN	VAUDESCAL
BUSQUET	GARNIER	MATHIEU	VERNE
CADENAT	HARVIER	METZGER	VILLARET
	HEITZ-BOYER	MOCQUOT	WELTER
	HOVELACQUE	MONDOR	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Bien faible hommage de mon
amour filial et de ma reconnaissance infinie.*

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Envers lequel j'ai contracté une
dette de vive reconnaissance
pour le grand honneur qu'il
m'a fait en acceptant la pré-
sidence de ma thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ MARTIN

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a suggéré le sujet de ma
thèse et qui a été pour moi un
véritable ami. Qu'il veuille
bien croire à toute ma recon-
naissance et à mon entier dé-
vouement.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DONNET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Témoignage de ma profonde re-
connaissance pour son pré-
cieux enseignement.*

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HÔPITAL DE POITIERS.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HÔPITAL DE LIMOGES

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE PARIS

AVANT-PROPOS

Nous tenons à remercier ici M. le docteur André Martin des conseils éclairés qu'il nous a prodigués dans son service de la consultation de chirurgie à l'hôpital Tenon et qui a bien voulu mettre à notre disposition les observations relatées dans cette thèse.

INTRODUCTION

En pratique infantile, la déglutition de corps étrangers est d'observation courante. Si, dans la majorité des cas, l'ingestion est sans conséquences graves ou appréciables, parfois on note, soit l'arrêt de migration dans le duodénum, soit l'apparition de complications qui posent des indications opératoires.

Depuis longtemps on connaissait la fréquence de cet accident chez les enfants. On trouve en effet de nombreuses observations de corps étrangers déglutis des voies digestives; toutefois, on ne parle guère, dans les traités de chirurgie, de leur arrêt dans le duodénum.

Il s'agit, la plupart du temps, de corps métalliques : épingles de nourrices, broches de bavoir, épingles ordinaires, clous, épingles à cheveux, fragments d'instruments métalliques ou pièces de monnaie. D'autres fois, le corps dégluti est à parois mousses et non métallique. L'enclavement duodénal, en pareil cas insoupçonné, presque toujours dû à une contraction spasmodique, n'est que temporaire, et la progression dans l'intestin s'effectue en général spontanément, ainsi que l'évacuation.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici l'étude des corps étrangers de l'intestin; nous nous occuperons plus spécialement de ceux qui, arrêtés dans le duodénum peuvent, par leurs aspérités et leur défaut de cheminement, donner lieu à des complications graves.

Parmi cette catégorie viennent en premier lieu les épingles de nourrices ouvertes et les broches de bavoir. Après l'exposé des observations que M. le docteur A. Martin a bien voulu mettre à notre disposition, et celles que nous avons pu réunir ayant trait à la question, nous étudierons :

1° Comment se comportent, dans l'intestin, une épingle à nourrice ou une broche ouverte;

2° Quelles complications peuvent survenir;

3° Quand et comment il faut intervenir pour un corps étranger arrêté dans le duodénum.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(M. A. Martin).

Corps étranger du duodénum. Evacuation le 5^e jour.

Paul M..., âgé de 7 mois, déglutit un protège-pointe de crayon le 8 avril 1920 : il est conduit à l'Hôpital des Enfants-Assistés. La radiographie montre le corps étranger gastrique. L'enfant est hospitalisé.

Aucun symptôme abdominal.

Pas de vomissements.

Selles normales.

Le 10 avril le corps n'a pas été rejeté. Nouvelle radiographie montrant que l'estomac est libre.

Le corps étranger est dans l'union de la seconde et de la troisième portion.

Le 11 avril, le corps étranger est dans le voisinage de l'angle duodéno-jéjunal.

L'état de l'enfant est parfait.

Le 13 avril, évacuation au milieu des matières; quelques filets de sang rouge sur le corps qui est déjà oxydé.

OBSERVATION II.

(M. A. Martin).

Corps étranger du duodénum. Bille de bois. Rejet le lendemain.

Marg. B..., âgée de 11 mois, déglutit une bille de bois le 5 août 1920.

Nausée immédiate : l'enfant est conduite aux Enfants-Assistés.

On voit une ombre duodéno-pylorique peu nette, la radiographie ayant été particulièrement difficile.

Le lendemain, rejet dans les matières sans incident.

OBSERVATION III.

(M. A. Martin).

Épingle de nourrice fermée dans le duodénum. Evacuation le 8^e jour.

G..., enfant assisté, 17 mois, est envoyé au service de chirurgie du docteur Veau, le 20 mars 1921, pour avoir dégluti deux jours auparavant une épingle de nourrice fermée. L'épingle est reconnue à la radiographie dans le duodénum.

L'abdomen est souple. Pas de contractures.

Pas de vomissements.

Pas de méloëna.

On écarte toute intervention.

Alimentation lactée. Purées.

Le 8^e jour, élimination du corps étranger.

OBSERVATION IV.

(M. A. Martin).

Épingle de nourrice fermée. Evacuation le surlendemain.

J. R..., âgé de 10 mois, entre à l'Hôpital Trousseau le 15 août 1922.

La veille, il y a eu déglutition d'épingle fermée. L'épingle est duodénale. Evacuation dans les 48 heures, sans aucun symptôme.

OBSERVATION V.

(M. A. Martin).

Broche de bavoir ouverte dans le duodénum. Intervention. — Guérison.

F. N..., âgé de 6 mois, est amené à l'Hôpital Trousseau le 20 septembre 1922. L'enfant vu à la consultation le 17 septembre a été radiographié. Le corps étranger est dans l'estomac. Il s'agit d'une broche de bavoir ouverte.

Il n'y a aucun symptôme.

Dans la nuit du 19 au 20 septembre, état nauséux, cris, insomnie.

L'enfant est hospitalisé le 20 septembre. La radiographie montre l'épingle à l'union de la première et de la seconde portion du duodénum : j'interviens d'urgence.

Incision médiane : on reconnaît facilement le corps étranger qui semble mobile un peu au-dessous de l'union de la première et de la deuxième portion du duodénum.

Incision prudente d'un demi-centimètre.

Extraction. Suture difficile.

Drain.

Fermeture de la paroi en un plan. Sérum sous-cutané.

Le lendemain 39°, mais sans vomissement.

Abaissement de la température dès le 22 septembre.

Le 24 : selles abondantes, noirâtres.

Puis, dès le 25, évacuation journalière normale.

Le corps étranger était une broche de bavoir longue de 3 centimètres, large de 4 millimètres, avec aspérités.

OBSERVATION VI.

(M. A. Martin).

Broche de bavoir ouverte dans le duodénum. Opération Sang rouge par l'anus. Mort à la 20^e heure.

Le 20 janvier 1924, une petite fille de 7 mois déglutit la broche de son bavoir : elle est vue par mon ami, le docteur Turquety. On procède, une heure après, à la radiographie faite par M. Barret; l'épingle ouverte est repérée dans l'estomac.

Deux heures après l'ingestion : hoquet, vomissements sanguinolents, contracture des droits.

L'intervention est décidée immédiatement. Anesthésie au Schleich, laparatomie médiane sus-ombilicale.

L'estomac ne renferme pas le corps étranger, mais la pointe de celui-ci a perforé la face antérieure de la première portion du duodénum et érafle mon gant. Extraction facile. Suture en deux plans.

Au cours de l'opération particulièrement pénible, écoulement de sang rouge par l'anus.

L'enfant succombe à la vingtième heure.

OBSERVATION VII

(M. A. Martin).

Epingle de sûreté ouverte dans le duodénum. Intervention. Guérison.

P. N..., âgé de 9 mois, déglutit un corps étranger le 20 juillet 1924. Il s'agit d'une épingle de sûreté ouverte, qui a été avalée le 18 juillet.

Transporté aux Enfants-Assistés, on constate que le corps du délit est gastrique : aucun symptôme. L'enfant rentre, ramené chez ses parents. Le 28 juillet, soit dix jours après l'ingestion : douleur au niveau de l'abdomen quand on procède à la toilette de l'enfant. L'épingle n'a pas été rejetée. La radiographie montre qu'elle siège dans la seconde portion du duodénum, placée obliquement.

Le 28 juillet au soir : intervention.

Incision paramédiane droite, haute, qui, le foie étant soulevé permet une exploration plus facile du duodénum. L'épin-

gle est facilement repérée. Suivant la technique de mon maître M. Veau, j'essaie de la fermer. Cette manœuvre est difficilement effectuée, car l'enfant tend à éviscérer le grêle. Malgré tout on arrive à fermer l'épingle et à la mobiliser.

Fermeture en un plan.

Suites simples, malgré une poussée de congestion pulmonaire.

OBSERVATION VIII.

(Clément Lucas. — Cité par Veau et Doubrère).

Corps étranger du duodénum. Enterotomie. Guérison.

Un enfant de 22 mois avale un clou long de deux pouces (5 centimètres). La radio le montre à droite du rachis de L₁ à L₄. Un mois après, le clou n'ayant pas bougé, on opère.

Laparotomie. Enterotomie sur la deuxième portion du duodénum, suture en deux plans. Guérison.

OBSERVATION IX.

(Mennacher. — Cité par Veau et Doubrère).

Diagnostic clinique d'appendicite réformé par une radio qui montre une épingle. Perforation. Péritonite. Mort.

Une fillette de 6 ans avale une épingle à cheveux. D'abord aucun symptôme, puis douleurs abdominales et vomissements à leur maximum quatre mois après l'accident.

A l'examen : ventre de bois, région appendiculaire particulièrement douloureuse, d'où diagnostic d'appendicite.

A la radio on voit l'épingle oblique devant le rachis, la pointe au niveau du bord inférieur de la deuxième lombaire, l'extrémité opposée devant la moitié gauche du promontoire.

Laparotomie deux jours après (Luxemburger). Péritonite purulente diffuse. L'épingle à cheveux a perforé le duodénum par son extrémité arrondie à l'angle des deuxième et troisième portions et pénètre dans la racine du mésentère. Extraction. Enterorrhaphie. Drainage. Mort la nuit suivante.

OBSERVATION X.

(Dehmel. — Cité par Veau et Doubrère).

Épingle dans le duodénum. Absès circonscrit, opération. Guérison.

Un garçon de 5 ans dit avoir avalé une épingle. Essais infructueux d'enlèvement par les voies naturelles (3). Très légères douleurs. Marche courbé en deux. Pas d'élévation de température. Abdomen normal. Légère douleur à la palpation à la partie supérieure de l'abdomen.

La radio montre l'ombre d'une épingle de 6 centimètres, l'extrémité supérieure à la partie moyenne de la douzième côte droite, l'extrémité inférieure au niveau de la quatrième lombaire.

L'opération est décidée, en raison de la longueur du corps étranger. Incision médiane depuis la xyphoïde jusqu'à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse. Ni péritonite, ni adhérences. Ganglions mésentériques hypertrophiés.

L'épingle est sentie dans la deuxième portion du duodénum; sa pointe dirigée en bas et à gauche, vient faire saillie à 3 millimètres de la racine du mésentère. A ce niveau existe un abcès circonscrit.

Courte incision transversale de l'intestin au niveau de la tête de l'épingle qui est facilement extraite. Ecoulement abondant du contenu duodénal. Suture intestinale en deux plans; lavage au sublimé; une mèche sur la suture, une autre sur les empâtements purulents du mésentère. Guérison sans incident en trois semaines.

Le corps étranger est une épingle de cravate avec tête de cristal gros comme un noyau de cerise.

OBSERVATIONS XI ET XII.

(Ombredanne. — Résumé).

Épingles de nourrice ouvertes dans le duodénum. Intervention. Guérison.

Il s'agit de deux enfants ayant avalé des épingles de nourrice ouvertes, siégeant dans le duodénum. Extraction par laparotomie médiane transversale et brèche duodénale. Dans le premier cas une épingle avait perforé la muqueuse intestinale et fut retrouvée dans le péritoine.

Les deux enfants ont guéri.

OBSERVATION XIII.

(Hastings. — Cité par Veau et Doubrère).

Crayon dans le duodénum. Extraction par gastrotomie. Guérison.

Une petite fille de 3 ans est vue deux jours après qu'elle a avalé un crayon de carnet de bal à bout métallique.

Douleurs. Coliques et diarrhée. Abdomen souple et non distendu avec légère sensibilité à droite de l'ombilic.

À la radio, l'ombre de la partie métallique est à droite de la ligne médiane, sous le rebord costal. On attend. Vingt jours après, nouvelle radio : le crayon n'a pas bougé.

Intervention : incision médiane. On sent le crayon à l'angle des deuxième et troisième portions du duodénum. Il est alors désenclavé et refoulé dans l'estomac. On essaye de l'extraire par les voies naturelles à l'aide de la pince à corps étrangers de Bruning, mais l'instrument s'accroche dans les plis du pharynx et ne peut être amené jusqu'à l'estomac. Gastrotomie. Extraction. Suture en deux plans. Guérison.

OBSERVATION XIV.

(Inigo. — Cité par Veau et Doubrère).

Épingle dans le duodénum. Entérotomie. Guérison opératoire. Mort six semaines après.

Une petite fille de deux ans et demi ayant avalé une épingle, longue de 12 centimètres, ne présente aucun symptôme;

à la radio on voit le corps étranger placé verticalement au-dessus de l'ombilic, à droite de la colonne et près d'elle.

Huit jours après, elle était dans la même situation. On opère à cause de la longueur et de la fixité de l'épingle.

Laparotomie. Incision de la portion descendante du duodénum. Extraction. Suture en deux plans. Guérison opératoire, mais, six semaines après, mort avec des signes de péritonite. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XV.

(Rowling. — Cité par Veau et Doubrère)

Épingle de nourrice dans le duodénum. Entérotomie. Guérison.

Un garçon de 11 ans ressent des douleurs périodiques dans le dos après avoir avalé une épingle de sûreté. Trois semaines après, les douleurs persistant, on intervient.

Laparotomie. L'épingle est trouvée dans le duodénum, son extrémité arrondie contre le pylore, son extrémité pointue dans la paroi postérieure du duodénum.

Extraction. Guérison.

OBSERVATION XVI.

(Gailing. — Cité par Veau et Doubrère).

Fragment d'instrument dans le duodénum. Menaces de perforation. Gastrotomie. Mort par pneumonie.

En essayant d'extraire une pièce de monnaie de l'œsophage d'un enfant de deux ans et demi, on brise l'instrument à 10 centimètres de son extrémité inférieure.

La pièce de monnaie est extraite par œsophagoscopie.

À la radio l'instrument semble se trouver dans l'estomac. Les jours suivants on l'aperçoit à droite de la colonne entre

Dr2 et L4. — Craignant une perforation de l'estomac, on intervient.

Laparotomie médiane. Estomac vide. Le corps étranger est dans le duodénum, son extrémité supérieure dans la première portion, l'inférieure dans la deuxième portion. Au niveau de la pointe, la paroi est amincie et blanchâtre. On réfofle le corps étranger dans l'estomac. Gastrotomie. Extraction. Suture en deux plans. Enfouissement de la partie lésée de la paroi intestinale. Mort le jour suivant par pneumonie.

OBSERVATION XVII.

(MM. Veau et Doubrère. — Résumé).

Épingle de nourrice ouverte dans le duodénum. Laparotomie. Fermeture de l'épingle. Expulsion 83 jours après.

J. D..., âgé de 11 mois, avale une épingle de nourrice ouverte le 2 novembre 1921. Aucun symptôme, l'enfant ne paraît pas souffrir.

La radioscopie, faite le dixième jour, montre l'épingle ouverte dans l'abdomen, la pointe en haut.

Le quinzième jour, aucun symptôme fonctionnel. Une nouvelle radiographie, faite par M. Barret montre que l'épingle est située sur le côté droit de la colonne lombaire, à la hauteur de L3 à L4, placée verticalement la pointe en haut, le ressort en bas contre la colonne, dans la deuxième portion de l'anse duodénale.

Une nouvelle radiographie montre l'épingle à la même place. Pas d'espoir de migration spontanée. Opération le 20 novembre, dix-huit jours après l'accident. Opération très difficile.

Incision paramédiane droite. Anses intestinales et mésentère réclinés à gauche. Grosse masse ganglionnaire confondue

avec le pancréas. Décollement de l'angle sous-hépatique du côlon. Mobilisation de l'anse fixée en décollant le duodénum après incision du péritoine le long du bord externe de la portion descendante.

Difficulté de suturer la paroi si incision. Simple fermeture de l'épingle avec essais de mobilisation.

Dix-neuf jours après l'opération, une nouvelle radiographie montre le cheminement de l'épingle.

Elle est rendue par l'anus, soixante-cinq jours après l'opération, quatre-vingt-trois jours après avoir été avalée.

OBSERVATIONS XVIII et XIX

(Coville, d'Orléans. — Résumé)

Coville, d'Orléans, apporte deux observations de corps étrangers déglutis par des enfants et extraits par taille duodénale.

OBSERVATION XX

(M. Bergeret)

Broche de bavoir ouverte dans le duodénum. Extraction. Guérison.

P..., âgé de 8 mois, défait le 5 janvier 1922, à 18 heures, la broche qu'il portait à son bavoir et la met dans sa bouche. Il a une quinte de toux. Sa mère l'entendant tousser accourt et constate qu'il fait des efforts de déglutition. Elle met immédiatement le doigt dans la bouche de l'enfant, sent la pointe de la broche, mais celle-ci lui échappe et disparaît dans un effort de déglutition.

À 20 heures, le père, qui est médecin, radiographie l'enfant et constate que la broche est visible au-dessous du diaphragme. Il le conduit immédiatement à l'Hôtel-Dieu, dans la clinique du professeur Hartmann. L'enfant, au moment de son arrivée à 22 heures, semble ne ressentir aucun trouble;

il dort très calme, mais à 22 h. 15, il a une série de hoquets. Il est radiographié à 22 h. 30. On voit la broche dans l'abdomen, elle est ouverte, placée verticalement à droite de la ligne médiane, sa pointe menace la face inférieure du foie.

Opération à 23 heures, par M. Bergeret. Après anesthésie au chloroforme, on incise l'abdomen sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic. On voit immédiatement la pointe de la broche qui a perforé la paroi antérieure du duodénum au niveau de l'angle sous-hépatique. Elle sort d'un demi-centimètre environ. En raison de la profondeur et de la difficulté d'exposition du champ opératoire, on branche sur la première incision un débridement latéral.

La paroi antérieure du duodénum est incisée transversalement, sur une longueur de 12 millimètres à partir de la perforation, de manière à permettre l'extraction de la broche sur laquelle se trouve un petit médaillon ayant ce diamètre. L'extraction faite, l'incision est suturée en deux plans.

Fermeture de la paroi abdominale par un surjet de catgut O sur le péritoine, des crins en 8 de chiffre prenant la peau et la paroi musculo-aponévrotique.

Petit drain pariétal.

Suites immédiates. Le drain est retiré au bout de 36 heures. L'enfant guérit sans incidents et rentre chez lui au bout de quinze jours.

Suites éloignées : Revu le 22 novembre 1922, l'enfant se porte très bien, a grandi normalement et n'a jamais présenté le moindre trouble digestif.

OBSERVATION XXI

(M. René le Fort)

Clou dans le duodénum. Extraction. Guérison.

Un enfant de deux ans avale un clou. On l'amène à l'hôpital. Un élève aperçoit le clou dans le pharynx, veut l'extraire et le laisse filer.

Radiographie : le clou est dans le duodénum et s'y arrête deux jours.

Laparatomie. On parvient à refouler le clou à travers le duodénum vers l'estomac, et là, le basculant, on amène la pointe à la paroi gastrique; celle-ci est perforée par le clou qu'on extrait en dégageant la tête par un orifice minimum.

Sutures. Guérison.

ETUDE PATHOGÉNIQUE

D'une façon générale, les corps étrangers mousses et pas trop volumineux, tels par exemple un protège-pointe de crayon (obs. I), une bille de bois (obs. II), les épingles de nourrice fermées (obs. III et IV), etc., traversent le tube digestif sans incident, en mettant seulement un temps plus ou moins long.

Cette progression régulière n'a toutefois pas lieu dans tous les cas; notamment, elle peut être interrompue quand il s'agit d'épingles à maillot ou de broches ouvertes, ou de tout autre corps étranger allongé et pointu.

L'œsophage, presque rectiligne, et l'estomac, spacieux, sont assez facilement franchis.

Ombredanne et Hallopeau ont cependant rapporté des exemples d'œsophagotomie ou de gastrotomie pour épingles à maillot arrêtées dans ces organes. Nous ne nous en occuperons pas ici.

Siège. Le duodénum, au contraire, organe fixe à courbures multiples et de faible rayon, va opposer une sérieuse difficulté à la progression du corps étranger.

D'après MM. Veau et Doubrère, le plus sérieux obstacle semble être l'angle entre les deuxième et troisième

portion du duodénum. Dans les observations relatées par ces auteurs, 13 fois sur 17, l'objet avalé s'est arrêté dans la portion descendante, 3 fois il était dans la première portion juxta-pylorique, une fois seulement dans les troisième, quatrième portions.

M. Martin, dont les observations portent exclusivement sur de tout jeunes enfants, croit au contraire que les deux sièges de prédilection sont : l'angle duodéno-jejunal et la première portion ou plus exactement l'union de la première et de la seconde portion (obs. V, VI, VII, XV, XVI, XVII, XX), plus rarement l'union de la seconde et de la troisième portion (obs. I, IX, XIII).

Une fois dans l'intestin cependant, les épingles de nourrices ouvertes paraissent se comporter comme les autres épingles et ne pas être plus dangereuses. Dans un grand nombre d'observations, elles ont été dégluties et rendues, parfois en un temps très court.

C'est ainsi que dans un cas de Norton, une épingle de 3 inches 9/16 est rendue 24 heures après avoir été avalée par un enfant de 13 mois.

Bazy rapporte l'histoire d'un enfant de 8 mois qui garda 72 jours une broche de 2 cm. $\frac{1}{2}$.

Le bébé de 6 mois dont parle Holt évacua spontanément sept épingles de sûreté, ouvertes ou fermées, sans en être incommodé.

Une broche ouverte de 3 centimètres de long n'a mis

que quatre jours pour franchir le tube digestif d'un enfant de 9 mois, observé par Peterson.

L'évacuation met 5 jours (Littig) chez un enfant de 11 mois; 72 jours (Le Dentu), chez un enfant de 3 mois; 15 heures (Petit de la Villéon); 8 jours (Saint-Pierre); 3 jours (Clément); 5 jours (obs. I); 1 jour (obs. II); 8 jours (obs. III); 2 jours (obs. IV).

Les symptômes sont alors très estompés, parfois nuls, parfois un petit crachement de sang ou une douleur rectale lors de l'évacuation.

Ces cas heureux représenteraient pour Wolfler et Lieblein le tiers des observations. Cette proportion est certainement beaucoup trop faible, car si les cas compliqués sont connus, la plupart de ceux qui se terminent bien passe inaperçue, surtout chez les tout petits enfants, et si l'on en juge par les sept premières observations, on peut dire qu'elle répond plutôt à la moitié des cas.

L'arrêt du corps étranger peut être déterminé par sa forme ou sa position, plus rarement par une sténose duodénale préexistante et toujours méconnue.

SYMPTOMES

Quels symptômes vont attirer l'attention sur un corps étranger duodénal?

Il faut tout de suite reconnaître que l'enclavement ne se manifeste trop souvent par aucun signe.

Les anamnétiques sont impossibles chez les petits enfants, et si la mère ou la nourrice n'ont point assisté à la déglutition, il peut être extrêmement difficile de soupçonner cet accident.

MM. Veau et Doubrère signalent la douleur comme ayant une assez grande fréquence, mais ce signe ne paraît être d'aucune valeur chez les nourrissons, comme nous le voyons par les observations précédentes. Seuls, les enfants des observations VII et XIII ont présenté ce symptôme.

Le siège de cette douleur est d'ailleurs fort variable. Elle siège généralement dans l'abdomen, à droite de la ligne médiane ou au dos dans la région lombaire.

D'après Mairano, la localisation la plus fréquente serait la région épigastrique. Elle est spontanée, ou se manifeste après l'ingestion d'aliments, par la palpation, dans les mouvements de flexion du tronc en avant. Elle

est continue ou périodique, inconstante, variable dans son apparition, tantôt précoce, tantôt tardive. C'est donc un symptôme infidèle sur lequel il ne faut pas compter. Son apparition peut d'ailleurs coïncider avec une perforation.

Pratiquement, le corps étranger est « latent », les symptômes cliniques se manifestent s'il y a une complication.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic sera fait par la radiographie du tube digestif, les renseignements fournis par l'entourage n'étant le plus souvent d'aucune valeur. On reconnaîtra ainsi la topographie de l'épingle ou de tout autre corps étranger opaque aux rayons.

On soupçonnera la localisation duodénale si l'objet se montre à l'écran en direction verticale ou légèrement oblique et à droite de la colonne vertébrale, entre la douzième dorsale et la quatrième lombaire, plus près de la ligne médiane que ne le serait le côlon ascendant.

On pourra même repérer la portion du duodénum où il se trouve par l'ingestion d'une émulsion opaque qui rejoindra le corps étranger à un certain niveau.

On complétera l'examen radioscopique par une radiographie qui permettra, lors d'un examen ultérieur, de vérifier que l'objet est toujours à la même place.

En cas d'intervention, nous attirons l'attention sur les causes d'erreurs fréquentes quant au siège. Assez souvent, en effet, l'épingle, que la radiographie avait montré dans l'estomac, est retrouvée dans le duodénum à l'opération.

Dans l'observation VI, en particulier, l'épingle paraissait fixée dans l'estomac, et trois heures après, elle fut retrouvée dans le duodénum, qu'elle avait perforé.

De même dans les observations V et XVI. C'est pourquoi nous insistons sur la nécessité de radiographies successives.

Si le corps étranger est perméable aux rayons, le diagnostic devient alors très incertain. On pourra se baser, si elle existe, sur la douleur fixe et persistante, localisée dans la moitié droite de l'abdomen, mais il sera alors impossible de préciser la localisation, et sans commémoratifs, la confusion sera presque fatale avec une affection abdominale douloureuse.

COMPLICATIONS

La plus fréquente, la plus précoce, la plus grave est la perforation.

MM. Veau et Doubrère, dans les 31 observations qu'ils ont recueillies la signalent 11 fois, c'est-à-dire approximativement dans le tiers des cas.

Ombredanne en signale également un cas chez l'enfant.

Dans l'observation XX, de M. Bergeret, nous voyons que l'opération, pratiquée 5 heures après la déglutition de la broche de bavoir, montre que la pointe a perforé la paroi antérieure du duodénum, au niveau de l'angle sous-hépatique, sortant d'un demi centimètre environ.

Enfin dans l'observation VI, de M. A. Martin, où une petite fille de 7 mois avait également dégluti la broche de son bavoir, le corps étranger avait perforé la face antérieure de la première portion du duodénum.

La perforation est aussi signalée dans les observations IX et XI.

Dans leur mémoire, MM. Veau et Doubrère considèrent que la perforation siège le plus souvent à l'union des deuxième et troisième portions, au voisinage de la

racine du mésentère, ce qui s'expliquerait par la disposition anatomique de l'organe : le corps étranger, poussé verticalement en bas vient buter contre la paroi inférieure du deuxième coudé, et si sa longueur l'empêche d'épouser la courbure de l'intestin à ce niveau, il ira fatalement perforer cette paroi.

Par les observations VI et XX de M. A. Martin et de M. Bergeret, nous voyons au contraire la perforation siéger sur la face antérieure de la première portion, ou à l'union de la première et de la deuxième portion.

Outre la perforation, d'autres accidents peuvent survenir ultérieurement :

a) Les abcès périoduodénaux, avec légère ou pas de température et qui ne sont diagnostiqués qu'à l'intervention, par exemple dans l'observation X, où un abcès circonscrit existait au niveau de la racine du mésentère.

Il est évident que toute éraillure du duodénum par les aspérités du corps étranger est une porte d'entrée à l'infection.

b) Le phlegmon de la paroi duodénale, signalé une seule fois par Taylor, où le pancréas et le duodénum étaient œdématiés, la sous-muqueuse infiltrée de pus, la muqueuse décollée.

Dans les cas de cet ordre, on fait généralement le diagnostic d'appendicite, de pancréatite, ou de toute autre affection abdominale et l'on intervient en somme pour une péritonite généralisée dont on ignore la cause.

c) D'après OElecker, les complications hépatiques seraient plus fréquentes, perforation du foie ou cholecystite, ce qui s'explique par les rapports du foie et du duodénum. Il existe en pareil cas, des symptômes de suppuration hépatique, dont l'étiologie ne peut être reconnue que par l'examen radioscopique.

De cette étude des complications, nous retiendrons avant tout la perforation, et sa grave menace explique pourquoi il faudra être plus actif dans le cas de corps étrangers du duodénum, plutôt que dans ceux du reste de l'intestin.



INDICATIONS OPÉRATOIRES

Nous venons de voir la fréquence relative des complications des corps étrangers duodénaux. En pareil cas, l'attention est éveillée par divers symptômes :

a) le hoquet, qui survient plus ou moins précocement, deux heures après l'ingestion (obs. VI), quatre heures (obs. XX);

b) des vomissements sanguinolents (obs. VI);

c) de la contracture des muscles droits;

d) un état nauséux, avec cris, insomnie (obs. V);

e) une douleur abdominale spontanée ou provoquée à la pression (obs. VII, IX, X, XIII, XV). Il ne faudra pas trop compter sur ce dernier symptôme, assez inconstant chez les petits enfants.

Ces symptômes ne sont jamais au complet, mais leur apparition doit attirer une surveillance étroite de l'enfant, notamment le hoquet, les vomissements sanguinolents et la contracture de la paroi.

M. André Martin pense qu'en l'absence même de tout examen radiologique, ces derniers symptômes suffiraient à poser l'indication opératoire.

Mais il ne faudra pas attendre la perforation, toujours

à craindre, pour se décider à intervenir, et l'on se résoudra à l'intervention dès qu'on aura l'assurance, par des examens radiologiques successifs, que le corps étranger n'a plus de tendances à progresser, et l'on évitera ainsi les suppurations périoduodénales et les lésions de voisinage.

TRAITEMENT

Il est entendu que les corps étrangers ne présentant pas d'aspérités, et mobiles dans leur traversée du tube digestif, peuvent être évacués sans le moindre trouble ou incident et il n'est pas question alors d'indication opératoire.

Si celle-ci, au contraire, est posée, que sera-t-elle?

La laparatomie médiane sus-ombilicale a été pratiquée dans la majorité des cas. Elle permet de reconnaître, en général facilement, la présence de la broche ou de l'épingle.

Trois cas se posent alors au chirurgien :

a) ou inciser le duodénum, comme l'ont fait Coville, d'Orléans, Clément Lucas, Dehmel, Inigo, Ombredanne, Bergeret, A. Martin; opération difficile, surtout si le corps étranger siège près de l'angle duodéno-jéjunal et si l'on trouve des ganglions pancréatiques (obs. XVII). Aussi aura-t-on souvent avantage à faire précéder cette intervention d'un décollement de l'angle sous-hépatique du côlon, de façon à se donner de la liberté sur l'organe fixe et profond qu'est le duodénum;

b) ou refouler le corps étranger dans l'estomac et

l'extraire par gastrotomie, opération qui présente l'avantage de s'exécuter sur un organe mobile et superficiel, suivant la technique de Hastings, Gailing, Lanz, René le Fort;

c) ou bien essayer de fermer l'épingle sans ouvrir la paroi duodénale, en ayant soin de s'assurer que l'on n'a point pincé l'intestin au cours de cette manœuvre, comme l'ont si heureusement réussi M. Veau (obs. XVII) et notre maître, M. A. Martin (obs. VII).

Ce dernier procédé est celui de choix, quand il est possible. C'est également le plus sûr, car l'épingle est rejetée ultérieurement, au bout d'un temps plus ou moins long.

Dans tous ces cas, il faut bien savoir, malgré tout, qu'il s'agit d'une intervention grave, parce qu'elle porte sur des enfants chez lesquels l'anesthésie, même légère, est shockante.

De plus, au cours de l'intervention, ces petits malades tendent à éviscérer leur intestin, malgré les précautions les plus minutieuses, et cet incident assombrit beaucoup le pronostic.

Il y aurait avantage, semble-t-il, à faire une laparotomie paramédiane droite et à passer entre les fibres du muscle grand droit, ainsi que l'ont pratiqué en deux cas M. Veau et M. A. Martin, comme pour une sténose congénitale du pylore. Cette façon de procéder donne plus d'étoffe pour faire la suture. Celle-ci, faite en un seul plan, à la soie, est à conseiller, car l'intervention doit

être conduite le plus rapidement possible, de façon à éviter le shock.

Les fils seront laissés une vingtaine de jours, la cicatrice étant assez longue à se consolider. Le pansement consistera en une large bande de leucoplaste appliquée sur les compresses et le coton.

Bien entendu, en cas de symptômes de péritonite, on interviendra suivant la technique habituelle, laparatomie, extraction du corps étranger, suture de la perforation, tamponnement et drainage, mais l'opération et les suites sont alors autrement graves.

PRONOSTIC

Favorable dans la majorité des cas, le gros danger à craindre est la perforation.

L'évacuation de sang rouge par l'anús, au cours de l'intervention, est un symptôme de la plus haute gravité. L'enfant de l'observation VI qui avait présenté ce symptôme est mort à la vingtième heure.

CONCLUSIONS

1° La déglutition des corps étrangers est fréquente chez l'enfant. Leur arrêt dans le duodénum est dû à la conformation spéciale de cette portion du tube digestif, et à la forme, longueur, aspérités du corps étranger.

2° Si, dans la majorité des cas, l'évacuation est spontanée, il peut arriver que le corps s'enclave et donne lieu à des complications, dont la plus fréquente et la plus grave est la perforation.

3° On ne devra pas attendre les symptômes : hoquet, vomissements sanguinolents, contracture de la paroi, inconstants ou incomplets, pour intervenir.

4° Le diagnostic sera fait par des radiographies successives qui montreront la fixité du corps étranger.

5° On n'interviendra que si l'enclavement est démontré, ou si les symptômes d'une complication apparaissent.

6° On pourra alors, après laparatomie, extraire le corps étranger soit par incision du duodénum, soit par gastrotomie, après refoulement dans l'estomac, soit, ce qui paraît préférable, quand il s'agit d'épingles à maillot, fermer l'épingle sans ouvrir la paroi duodénale.

Vu : *Le Président,*

PIERRE DUVAL.

Vu : *Le Doyen,*

ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Bazy** (*Bull. et mém. de la Société de Chirurgie*, 1897, p. 732).
- Bergeret** (*Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1923, p. 596).
- Billuts** (*British med. Journal*, 1915).
- Broca** (*Gazette des Hôpitaux*, 1906, p. 56).
- Clément** (*Presse Médicale*, 1909, p. 437).
- Clément Lucas** (*Reports of Society for study of diseases of children*, 1903).
- Coville, d'Orléans** (*Bulletin médical*, 1923, p. 1256).
- Dehmel** (*Deutsche mediz. Woch.*, 1910).
- De Voc** (*Americ. med. Journ.*, 1904).
- Dujarier** (*Bulletin Soc. de Chir.*, Paris, 1923, p. 599).
- Faure et Hartmann** (*Gazette des Hôp.*, 1905, p. 702).
- René le Fort** (*Presse Médicale*, 1924, p. 596).
- Gailing** (*Inaug. diss.*, Leipzig, 1913).
- Hallopeau** (*Presse Médicale*, 1922, p. 7).
- Hening** (*Old Dominion Journ. of med. and surg.*, Richmond, 1903-04).
- Holt** (*Pediatrics*, 1904).
- Inigo** (*La Clinica Moderna*, 1913).
- Le Dentu** (*Gazette des Hôpitaux*, 1906, p. 56).

Mairano (*Archive Italiana di Chirurgia*, 1923, p. 502).

Martin André (*La Médecine*, 1924, n° 1, p. 50).

Mennacher (*Munch. med. Woch.*, 1905).

Norton (*Boston med. and surg. Journ.*, 1893).

Elecker (*Arch. für Klin. Chirurgie*, Berlin, 1924).

Ombredanne (*Presse Médicale*, 1921, p. 548).

— (*Gazette des Hôpitaux*, 1923, p. 936).

Peterson (*Cleveland medic. Journal*, 1904).

Petit de la Villéon (*Journ. de Médecine de Bordeaux*, 1909).

Powel (*Cleveland Medical Journal*, 1903).

Saint-Pierre (*Union Médicale du Canada*, 1914).

Veau et Doubrère (*Arch. de Méd. des Enfants*, 1922, n° 6,
p. 321).